



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2014

Die Ethik und das Fremde : einleitende Beobachtungen zum (kulturell) Fremden als Thema der Medizinethik

Coors, Michael

Abstract: In Krankenhäusern und Pflegeheimen treffen immer häufiger Ärztinnen, Ärzte, Pflegende und Patientinnen und Patienten aus unterschiedlichen Kulturen zusammen. Dabei kommt es gerade vor diesem Hintergrund kultureller Unterschiede zu ethischen Konflikten, z.B. in der Entscheidung über die Durchführung medizinischer Therapien. Doch ist die kulturelle Zugehörigkeit wirklich entscheidend oder wird sie nur vorgeschoben? Was verstehen wir unter Kultur und wie verhält diese sich zu ethischen Fragen in der Medizin? Liegt in der Fremdheit des Anderen auch die Chance implizite Werthaltungen zu hinterfragen? Wie wird außerhalb des deutschsprachigen Raums mit diesen Dingen umgegangen? Die Autorinnen und Autoren des Buchs beantworten diese Fragen auf dem Hintergrund ihrer Forschungen in Medizin- und Pflegeethik und ihrer Praxis im Krankenhaus.

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-200559>

Book Section

Published Version

Originally published at:

Coors, Michael (2014). Die Ethik und das Fremde : einleitende Beobachtungen zum (kulturell) Fremden als Thema der Medizinethik. In: Coors, Michael; Grützmann, Tatjana; Peters, Tim. Interkulturalität und Ethik : der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege. Göttingen: Edition Ruprecht, 7-19.

Michael Coors

**Die Ethik und das Fremde: Einleitende Beobachtungen zum (kulturell)
Fremden als Thema der Medizinethik**

Veröffentlich in

*Michael Coors, Tatjana Grützmann, Tim Peters (Hrsg):
Interkulturalität und Ethik. Der Umgang mit Fremdheit in Medizin und Pflege
Göttingen: Edition Ruprecht 2014, S. 7–20*

Finale Manuskriptversion

Die Ethik und das Fremde: Einleitende Beobachtungen zum (kulturell) Fremden als Thema der Medizinethik

Michael Coors

1. Interkulturelle Konflikte als Paradigma

Die Beiträge des vorliegenden Bandes sind das Ergebnis der Tagung „Das Fremde verstehen. Interkulturalität und ethische Konflikte in Medizin und Pflege“, die vom 6.–7. Juni 2012 in Hannover am Zentrum für Gesundheitsethik (ZfG) der Evangelisch-lutherischen Landeskirche Hannovers stattfand. Sie wurde in Kooperation mit der Arbeitsgruppe „Interkulturalität in der medizinischen Praxis“ in der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) durchgeführt.¹ Der rege Besuch der Tagung, die intensiven Diskussionen im Vorfeld, während und nach der Tagung, machen deutlich, dass Fragen nach dem Umgang mit kultureller Diversität in Medizin und Pflege aktueller sind denn je. Die vielfältigen Migrationsprozesse und der damit verbundene gesellschaftliche Wandel hin zu einem gesellschaftlichen und moralischen Pluralismus bringen das Thema auch in Medizin und Pflege zunehmend auf die Tagesordnung.²

Ein flüchtiger Blick auf die Zahlen untermauert diese Beobachtung: Laut Zensus 2011 belief sich die Anzahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland im Jahre 2011 auf rund 15 Millionen. Das entspricht 18,9 % der Gesamtbevölkerung.³ Dass man es in Medizin und Pflege also sowohl auf Seiten der Ärzte und Pflegenden, als auch auf Seiten der Patienten⁴ mit Begegnungen

1 Der Robert-Bosch-Stiftung danken wir für die großzügige Förderung der Tagung und des Tagungsbandes.

2 Vgl. z.B. Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Migration und Gesundheit. Kulturelle Vielfalt als Herausforderung für die medizinische Versorgung*, Berlin 2010; Michael Peintinger (Hrsg.), *Interkulturell kompetent. Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte*, Wien 2011; Eva van Keuk u.a. (Hrsg.), *Diversity. Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern*, Stuttgart 2011.

3 Die Zahlen des Zensus 2011 finden sich auf <https://ergebnisse.zensus2011.de>. Zu den hier genannten Zahlen vgl. https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,BEV_2_4_1_8,m,table und https://ergebnisse.zensus2011.de/#StaticContent:00,BEV_2_4_2_8,m,table (Zugriff am 5.6.2013).

4 Um der besseren Lesbarkeit willen beschränken wir uns *im gesamten Buch* auf die Verwendung des grammatikalisch männlichen Geschlechts. Mit gemeint sind immer auch die weiblichen Personen, also Ärztinnen, Pflegerinnen, Patientinnen usw., außer es ergibt sich aus dem Kontext etwas eindeutig anderes.

zwischen den Kulturen⁵ zu tun bekommt, wird in zunehmendem Maße wahrscheinlich.

So werden Fragen der Interkulturalität sowohl in der Pflegewissenschaft⁶ als auch im Kontext der Wirtschaft (*diversity management*) schon länger diskutiert. Was aber hat die Frage der Interkulturalität mit (medizinischer) Ethik zu tun? Darauf zu verweisen, dass moralische Überzeugungen in der Regel tief mit der kulturellen Identität einer Person verwoben sind, mag zunächst ein Allgemeinplatz sein. Dennoch macht es deutlich, warum gerade kulturelle Diversität in moralischen Konfliktsituationen vor besondere Herausforderungen stellt⁷ und warum interkulturelle Konflikte in der Fachdiskussion und in der Praxis klinischer Ethikberatung in zunehmendem Maße eine Rolle spielen.⁸

Fragt man allerdings weitergehend, in welcher Art und Weise interkulturelle Konflikte eigentlich als moralische und ethische Konflikte zu begreifen sind, so fällt diese Antwort bereits schwerer. Denn allein der Verweis darauf, dass hier – bedingt durch unterschiedliche kulturelle Prägungen – unterschiedliche moralische Überzeugungen aufeinander treffen und es darum geht, einen Ausgleich zwischen diesen unterschiedlichen moralischen Überzeugungen zu schaffen, beschreibt kein neues Phänomen. Vielmehr erscheinen interkulturell bedingte ethische Konflikte als das paradigmatische Problem, auf das moderne Ethiken im Kontext pluralistischer und liberaler Gesellschaften antworten.⁹ Angesichts der Vielzahl an moralischen Vorstellungen des guten Lebens, die in einer pluralistischen Gesellschaft aufeinander treffen, geht es in der Ethik darum, Normen so zu begründen, dass sie für alle Menschen einer Gesellschaft mit ihren jeweils verschiedenen Überzeugungen bezüglich dessen, was „gutes Leben“ ist, nachvollziehbar und akzeptabel sind. Dementsprechend bemüht sich auch die Medizinethik darum, allgemeine, normative Kriterien zu begründen, die für alle an einem Konflikt beteiligte Personen Geltung beanspruchen.

Begreift man Medizinethik in diesem Sinne v.a. als normative Aufgabe und fragt dementsprechend nach Prinzipien, die universal und unabhängig von unterschiedlichen kulturellen Prägungen zur Anwendung kommen können,¹⁰ so handelt es sich bei interkulturellen Konflikten nicht um Konflikte neuer Art, sondern um moralische Konflikte, die sich lediglich graduell von anderen Kon-

5 Der Begriff „Kulturen“ wird hier zunächst unspezifisch verwendet. Wie der Begriff näher zu fassen ist, wird in mehreren Beiträgen des Bandes thematisiert.

6 Vgl. z.B. Iris Steinbach, *Interkulturelle Pflege*, Hamburg 2011.

7 Vgl. z.B. İlhan İlkilic, Medizinethische Aspekte des interkulturellen Arzt-Patienten-Verhältnisses, in: Deutscher Ethikrat (Hrsg.), *Migration und Gesundheit*, 29–40.

8 Vgl. z.B. die Falldarstellung „Palliativmedizin im interkulturellen Kontext“, in: *Ethik in der Medizin* 22 (2010), 49–50.

9 Vgl. John Rawls, *Political Liberalism. Extended edition*, New York 1995, insb. 173f. Vgl. auch ders., *A Theory of Justice. Revised Edition*, Harvard/Cambridge 1999; Jürgen Habermas, *Erläuterungen zur Diskursethik*, Frankfurt a.M. 1991, 100–118.

10 Das klassische und einflussreichste Beispiel dafür: Tom L. Beauchamp/James F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford 2009.

flikten unterscheiden, weil die Diversität der moralischen Überzeugungen in der konkreten Situation aufgrund der kulturellen Differenz in besonderem Maße deutlich wird.¹¹ Gerade darum aber taugen sie als paradigmatische Fälle, in denen sich die normativen Prinzipien der Medizinethik bewähren können.

2. Universaler Anspruch und Diversität der Kulturen

Die Erfahrungen der Praxis aber scheinen dem zunächst deutlich zu widersprechen: Menschen „fremder Kulturen“ scheinen die grundlegenden ethischen Prinzipien, die in unserem Kontext gelten, in Frage zu stellen. Damit steht auch die Frage im Raum, ob die normativen Prinzipien, die in unserem kulturellen Kontext allgemeine Geltung durchaus beanspruchen können, nicht letztlich Ergebnis eines kulturellen Homogenisierungsprozesses der westlichen, liberalen Zivilgesellschaften sind, in denen den Freiheitsrechten des Einzelnen nun einmal ein hoher Stellenwert zukommt.¹² Damit ist eine fundamentale Frage der Ethik aufgeworfen, nämlich die Frage danach, wie sich der universale Anspruch ethischer Normen zu ihrer faktisch immer nur regionalen Geltung verhält. Insofern bedeutet die Begegnung mit dem kulturell Fremden immer wieder einen Stachel, der den sonst häufig schon selbstverständlich vorausgesetzten Geltungsanspruch der in unserem Kontext geltenden Prinzipien in Frage stellt und zu neuem ethischen Nachdenken anregt.

In der klinischen und pflegerischen Praxis allerdings ist genau dies keine der wählbaren Optionen: Hier ist nicht Zeit für ein grundsätzliches Nachdenken und Debattieren über den Geltungsanspruch von ethischen Prinzipien wie Menschenwürde, Selbstbestimmung und Fürsorge, sondern es muss gehandelt werden. Dabei wird gerade in interkulturellen Begegnungen, die mitunter die grundlegenden Handlungsprinzipien fraglich werden lassen, deutlich, dass dieses Handeln ethisch immer auch ein Wagnis ist – ein Wagnis im Vertrauen darauf, dass die etablierten und verinnerlichten ethischen Prinzipien zu Recht ihre Geltung für alle beanspruchen.

Der Anspruch auf universale Geltung der etablierten Prinzipien in der Medizinethik beruht eben auch darauf, dass sie von konkreten Gegebenheiten abstrahieren und darum in vielerlei Hinsicht bloß formal und inhaltsleer sind.¹³ Darum macht die Anwendung dieser Prinzipien auf konkrete Situationen eine situationsbezogene Interpretation – Beauchamp und Childress spre-

11 So z.B. Ilkilic, Medizinethische Aspekte.

12 Vgl. Claudia Wiesemann, Autonomie als Bezugspunkt einer universalen Medizinethik, in: *Ethik in der Medizin* 24 (2012), 287–295, 289.

13 Diese Problematik ist in grundsätzlicher Perspektive vielfach von Jürgen Habermas erörtert worden. Vgl. z.B. Jürgen Habermas, *Moralbewußtsein und kommunikatives Handeln*, Frankfurt a.M. 1983, 104, 113; ders., *Erläuterungen*, 135f.

chen von einer Spezifikation der Prinzipien¹⁴ – erforderlich, in deren Zuge dann auch der universale Anspruch auf Geltung durch die konkreten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eingegrenzt wird.¹⁵ Bezogen auf ihren universalen Anspruch bleiben die normativen Prinzipien also notwendig abstrakt. In der konkreten Anwendung unterliegen sie immer den Bedingungen des soziokulturellen Kontextes, in dem sie angewendet werden. Darum stellen sich gerade in der Praxis von Medizin und Pflege und in der Begegnung zwischen den Kulturen handfeste ethische Fragen – auch wenn man den Anspruch auf universale Geltung medizinethischer Prinzipien unberührt lässt.

3. Moralische Fremdheit respektieren und verstehen

Will man der ethischen Relevanz der kulturellen Differenzen im konkreten Konfliktfall auf die Spur kommen, so wird man im Blick auf die konkreten Anwendungsfälle anders ansetzen müssen, als auf der Ebene abstrakter Prinzipien. In dieser Hinsicht hat bereits Daniel Callahan der medizinethischen Diskussion über das Selbstbestimmungsprinzip ein Defizit attestiert, dessen Bearbeitung in mancherlei Hinsicht noch aussteht:

„All too often, moral discussion of competent patients begins and ends with a declaration that they have a right to do with their lives as they please and to terminate their treatment when they choose to do so. That is legally true and long a part of our moral tradition. But why should that be thought, as it often is the case, to be the end of moral analysis? What should the individual with that right think about?“¹⁶

Der Hinweis darauf, dass der betroffene Patient in einer konkreten Situation das Recht hat, selber zu entscheiden, was für ihn gut oder schlecht ist, und ob er darum z.B. eine medizinisch indizierte Therapie fortgesetzt wissen will oder nicht, sollte nicht das Ende der Diskussion markieren. Denn für den Betroffenen beginnt hier nicht weniger als das eigentliche ethische Problem: Er muss nämlich jetzt diese Situation ethisch beurteilen und zu einer aus seiner Sicht ethisch verantwortbaren Entscheidung gelangen – einer Entscheidung, von der in vielen Fällen sein eigenes Leben abhängt, die aber in den meisten Fällen auch das Weiterleben anderer betrifft, die von seiner Entscheidung mit betroffen sind: Angehörige, Freunde, Ärzte, Pflegende usw. Der Verweis darauf, dass der Patient das Recht hat, hier selbst zu entscheiden, ist wichtig im Blick darauf, wie sich die anderen Personen – seien es Angehörige oder professionell im Gesundheitswesen tätige Personen – gegenüber dem Patienten verhalten:

14 Vgl. Beauchamp/Childress, *Principles*, 16–19.

15 Vgl. in ähnlichem Sinne Wiesemann, *Autonomie*, 293f. Ähnlich argumentiert auch Walter Bruchhausen in seinem Beitrag in diesem Band. Vgl. unten S. 23ff.

16 Daniel Callahan, *Setting Limits. Medical Goals in an Aging Society*, Washington D.C. 2007, 176.

Für sie ist der Respekt vor der Selbstbestimmung des Anderen eine kritische moralische Forderung an das eigene Verhalten, die verlangt, die moralische *Fremdheit* des Anderen zu respektieren.

Dieser Respekt vor der Fremdheit des Anderen aber hat auch Schwierigkeiten:

Denn es scheint so zu sein, dass uns das Akzeptieren der ethischen Entscheidung eines betroffenen Patienten leichter fällt, wenn wir diese Entscheidung zumindest verstehen können – auch wenn wir selber anders entschieden hätten. Eine solche Entscheidung erscheint dann immerhin noch als rational, wenn auch nicht allgemein teilbar. Mit solchen Situationen umzugehen haben wir in unserer pluralistischen Gesellschaft (im besten Fall) gelernt: Wir unterscheiden zwischen einer Pluralität des Vorstellungen des Guten und der Eindeutigkeit des für alle Richtigen. Darum können wir akzeptieren, wenn andere etwas anderes für ihre Situation für gut befinden als wir selber. Das aber wird schwierig, wo das Gute, für das sich jemand entscheidet, für die Anderen nicht einmal mehr nachvollziehbar ist.

Hier zeigt sich, dass Überzeugungen des Guten durchaus auch eine sozial-performative Wirkung haben: Was ich für gut halte, z.B. im Blick darauf, wie ich sterben will, ist immer auch Ergebnis von komplexen Prozessen der Prägung durch einen sozialen Kontext, in dem es sozial geteilte Vorstellungen des Guten gibt. Es ist, um es auf das Thema dieses Bandes hin zuzuspitzen, auch Ergebnis eines Prozesses von kulturellen Selbst- und Fremdzuschreibungen, aus denen sich auch meine moralische Identität bildet. So will im deutschen Kontext die Mehrzahl der Menschen zu Hause sterben und viele haben Angst vor Schmerzen im Sterben.¹⁷ Darin drücken sich weit verbreitete Wertungen aus, die von vielen geteilt werden – aber es sind Wertungen, von der man abweichen kann. Wenn nun Menschen mit anderen kulturellen Prägungen hier anders entscheiden und urteilen als wir es gewohnt sind, wird unsere Fähigkeit zur liberalen Akzeptanz der Fremdheit der moralischen Identität des Anderen zumindest deutlich auf die Probe gestellt: Können wir wirklich damit umgehen, wenn jemand Sedierung ablehnt, weil er, z.B. vor dem Hintergrund eines kulturell anders geprägten Verständnisses von Sterben und Tod, dem bewussten Erleben des Todes einen höheren Stellenwert beimisst als wir es gewohnt sind? Wie gehen wir mit den Schmerzensschreien in solchen Situationen um, die nicht nur die Mitarbeitenden einer Pflegestation, sondern auch die anderen Patienten zutiefst verstören können?

17 So zeigt z.B. die repräsentative Erhebung „Sterben in Deutschland“ des DHPV, dass 66 % der Befragten zu Hause sterben wollen, und die Angst vor Schmerzen für 36 % die *größte* Sorge im Blick auf ihr eigenes Sterben ist (http://www.dhpv.de/tl_files/public/Ueber%20Uns/Forschungsprojekte/2012-08_Bevoelkerungsumfrage_DHPV_Grafiken.pdf, Zugriff am 5.6.2013).

Die Fremdheit, die hier zwischen Patienten und Arzt oder Pflegenden steht, kann so im Blick auf den Prozess einer gemeinsamen Urteilsbildung über die Situation, ihre ethische Bewertung und den Umgang mit ihr (*shared decision-making*)¹⁸, zu einem oft unüberwindbaren Hindernis werden. Die Frage „Herr Doktor, was würden Sie denn machen?“ wird einem Patienten aus demselben kulturellen Kontext leichter über die Lippen kommen – auch weil hier viele geteilte Wertüberzeugungen unreflektiert im Hintergrund stehen, die z.B. auch die Rolle des Arztes betreffen – und sie wird in manchen Fällen die Tür zu einem offenen Gespräch über Vor- und Nachteile bestimmter Therapieoptionen eröffnen, an dessen Ende dann immer noch der Patient entscheidet, was er für gut hält. Er entscheidet selbstbestimmt, aber informiert und im besten Falle reflektiert auf der Grundlage eines dialogischen Prozesses der Urteilsbildung.¹⁹ Wenn aber gemeinsame Wertgrundlagen grundsätzlich in Frage stehen (völlig unabhängig davon, ob es sie nicht vielleicht doch gibt), wird das beratende Gespräch zwischen Arzt und Patient darüber, welche Entscheidung denn welche Vorzüge hätte, schwierig bis unmöglich.

Das aber bedeutet, dass Interkulturalität insbesondere dort zu ethischen Problemen führt, wo sich Ärzte oder Pflegende nicht mit der Auskunft begnügen, dass der Patient selbstbestimmt entscheidet, sondern wo sie ihn in seiner Entscheidungsfindung unterstützen und *verstehen* wollen. Insofern betreffen interkulturelle Konflikte weniger das Prinzip des Rechts auf Selbstbestimmung, sondern vielmehr die *Ermöglichung* der Selbstbestimmung durch das Gegenüber eines moralischen Subjekts (Arzt, Pflegekraft etc.), mit dem der Patient sich über seine Werte und ethische Beurteilung austauschen kann.

4. Das Fremde als (produktive) Störung

Diese Überlegungen legen nahe, das Ziel einer gelungenen Kommunikation im ethischen Konfliktfalle darin zu sehen, dass das Fremde *als Fremdes* eliminiert wird. Ziel ist dann, das Fremde zumindest soweit in Vertrautes zu übersetzen, dass es verstanden wird (das heißt noch nicht, dass man es teilt). Das Ziel wäre dann also, von der *Interkulturalität* aus überzugehen zum Standpunkt einer *Transkulturalität* – also einem Standpunkt, auf dem die kulturellen Bindungen

18 Vgl. Ezekiel J. Emanuel/Linda L. Emanuel, Four models of the physician-patient relationship, in: *JAMA. The Journal of the American Medical Association* 267/16 (1992), 2221–2226; Fülöp Scheibler/Holger Pfaff (Hrsg.), *Shared Decision-Making. Der Patient als Partner in medizinischen Entscheidungsprozessen*, München 2003; Fülöp Scheibler/Ulrich Schwantes/Margareta Kampmann/Holger Pfaff, Shared decision-making, in: *Wissenschaftsforum in Gesundheit und Gesellschaft* 5/1 (2005), 23–31.

19 Vgl. zum kommunikativen Charakter ethischer Urteilsbildung aus theologischer Perspektive Michael Coors, „Was würdest Du wollen?“ Patientenverfügung und vermuteter Patientenwille – zum praktisch-hermeneutischen Problem von Patientenverfügungen, in: *Zeitschrift für Evangelische Ethik* 56 (2012), 103–115.

zumindest soweit zurückgelassen werden, dass wir uns auf gemeinsamer Basis miteinander über unsere unterschiedlichen Wertvorstellungen verständigen können.²⁰

Gegen diese Tendenz der Überwindung kultureller Differenz formuliert der Philosoph Bernhard Waldenfels in seiner Phänomenologie des Fremden allerdings eine scharfe Kritik: „Es gibt keinen Ort jenseits der Kulturen, der uns einen unbefangenen und unbeschränkten Überblick gestatten würde.“²¹ Im Hintergrund stehen Waldenfels' Beobachtungen zum Phänomen des Fremden, das nur dann angemessen erfasst werden kann, wenn es „als Beunruhigung, als Störung, als Getroffensein von etwas“²² verstanden wird und in diesem Sinne als etwas radikal Fremdes: „Radikalität des Fremden besagt nicht, daß Fremdes ganz anders ist als das Eigene und Vertraute, es besagt aber sehr wohl, daß es weder aus Eigenem hergeleitet noch ins Allgemeine aufgehoben werden kann.“²³

Die Tendenz, das Fremde ins Allgemeine aufzuheben, ist in der Tat eine Gefahr ethischer Reflexionen auf interkulturelle Begegnungen: Der Wunsch nach normativer Klarheit und nach Verständigung über unterschiedliche evaluative, in der kulturellen Identität verankerten Auffassungen über das Gute verführt dazu, als Lösung eine gemeinsame transkulturelle Grundlage anzustreben, auf deren Grundlage zumindest eine Verständigung möglich wird.

Geht man demgegenüber mit Waldenfels von der Radikalität des Fremden aus, so gibt es diese vermeintlich neutrale transkulturelle Grundlage nicht, sondern wir bewegen uns in der *Interkulturalität*, in „einer Zwischensphäre, deren intermediärer Charakter weder auf Eigenes zurückgeführt noch in Ganzes integriert, noch universalen Gesetzen unterworfen werden kann.“²⁴ So wenig es eine universale Sprache gibt, mit der wir uns verständigen können, sondern immer nur partikuläre Sprachen, die in andere übersetzt werden können, so wenig gibt es eine gemeinsame transkulturelle Sphäre, von der aus sich die unterschiedlichen kulturellen Identitäten erschließen lassen.

Die Kommunikation über ethische Werthaltungen bewegt sich also in interkulturellen Begegnungen immer in einem Bereich *zwischen (inter)* den Kulturen, nie *jenseits (trans)* derselben. Im Blick auf normative ethische Standards kommt man damit dennoch nicht um die Frage herum, was für alle gelten soll. Es darf aber nicht die Illusion entstehen, dass diese pragmatische Frage nach

20 Es soll nicht verschwiegen werden, dass z.B. die Beiträge von Sylvia Agbii und Peter Saladin in diesem Band in diesem Sinne für den Begriff des Transkulturellen argumentieren, auch wenn dies hier kritisch betrachtet wird. Darin gibt der Band die Bandbreite der gegenwärtigen Diskussionslage wieder.

21 Bernhard Waldenfels, *Grundmotive einer Phänomenologie des Fremden*, Frankfurt a.M. 42012, 109.

22 Waldenfels, *Grundmotive*, 54.

23 Waldenfels, *Grundmotive*, 57, vgl. auch a.a.O., 116.

24 Waldenfels, *Grundmotive*, 110.

den für alle akzeptierbaren Normen einer Handlung eine objektive Beantwortung erfährt, die kulturunabhängig wäre. Damit muss eine *diskurspragmatische* Begründung solcher Normen, die auf die impliziten performativen Voraussetzungen der Diskursteilnahme abhebt,²⁵ nicht grundsätzlich in Frage gestellt werden. Aber gerade vor dem Hintergrund der pragmatischen Notwendigkeit der Frage nach allgemein zu rechtfertigenden Handlungsnormen, muss man auch fragen, „wie Fremdes *als Fremdes* auftreten kann und wie es sich der Zudringlichkeit diverser Aneignungsversuche zu erwehren vermag.“²⁶ Wie viel Verständigung über die Grenzen kultureller Differenzen hinweg ist notwendig, wie viel möglich oder gar wünschenswert, um in einem konkreten ethischen Konfliktfall zu einer verantwortbaren Lösung zu kommen?

Die Beiträge dieses Bandes geben darauf durchaus unterschiedliche Antworten, auch weil sie aus unterschiedlichen Perspektiven auf solche Situationen blicken. Die Ausführungen von Waldenfels machen aber deutlich, dass eine Aufhebung kultureller Differenz nicht das Ziel der Kommunikation sein kann und sollte – auch nicht im ethischen Konfliktfall.

Die Begegnung mit dem radikal Fremden ist für Waldenfels' Phänomenologie deshalb von so großer Bedeutung, weil er davon ausgeht, dass sie konstitutiv ist für die Ausbildung von Identität: „Die Eigenheit, ohne die niemand er oder sie selbst wäre, verdankt sich dem Eingehen auf Fremdes, das sich uns entzieht.“²⁷ Das gilt für personale Identität von Personen ebenso wie für die kulturelle Identität von Gruppen und es macht deutlich, dass sich beides nicht trennen lässt, sondern sich immer überschneidet: Personale Identität ist immer mitbestimmt von kulturellen Fremd- und Selbstzuschreibungen und die vorgenommenen Selbstzuschreibungen haben stets auch mit der Abgrenzung vom Fremden zu tun.

Daraus folgt zweierlei: Zum einen bedeutet es auf einer systemischen Ebene, dass jede „Ordnung [...] ihren blinden Fleck in Gestalt eines Ungeordneten [hat], das kein bloßes Defizit darstellt. Das gilt für moralische wie für kognitive und ästhetische Ordnungen.“²⁸ Jede moralische Ordnung hat also Lücken, die sich aus der Perspektive innerhalb dieser Ordnung nicht erschließen, und die auf ein Fremdes verweisen, dem sie sich verdanken. Solche Lücken können dann nur indirekt in der Begegnung und im Eingehen auf den Anspruch des Fremden überhaupt thematisch werden. Die Begegnung mit dem Fremden, z.B. in einem ethischen Konflikt mit interkulturellem Hintergrund, lässt also blinde Flecken unserer moralischen Ordnung sichtbar werden. Das erklärt, warum

25 So der Anspruch der Diskursethik, die gerade nicht beansprucht von einem metaphysisch-objektiven Standpunkt aus zu argumentieren. Vgl. Habermas, *Erläuterungen zur Diskursethik*, 194f.

26 Bernhard Waldenfels, *Topographie des Fremden. Studien zur Phänomenologie des Fremden 1*, Frankfurt a.M. 1997, 50. Vgl. auch a.a.O., 95, 108.

27 Waldenfels, *Grundmotive*, 45.

28 A.a.O., 23.

interkulturelle ethische Konflikte offensichtlich als besonders verunsichernd erlebt werden. Es bedeutet auf der anderen Seite aber auch, dass in der Begegnung mit dem Fremden, in der Störung, die das Fremde in unserer moralischen Orientierung verursacht, auch eine Chance liegt, eigene ethische Urteile neu zu überdenken und neu zu verstehen.²⁹

Darüber hinaus folgt daraus, dass unserer personalen Identität immer schon Fremdheit mit eingeschrieben ist: Wer ich bin, bin ich auch aus der Konfrontation mit einem Fremden und darum ist Eigenes immer schon mit Fremdem verflochten: „Ist Eigenes mit Fremdem verflochten, so besagt dies zugleich, daß das Fremde in uns selbst beginnt und nicht außer uns, oder anders gesagt: es besagt, daß wir niemals völlig bei uns sind.“³⁰ Das zeichnet Waldenfels exemplarisch anhand verschiedener Aspekte nach, wie z.B. an der Fremdheit unseres Eigennamens, durch den wir uns als Individuen identifizieren und identifiziert werden, der aber eine Fremdzuschreibung ist, die in der Regel unsere Eltern vorgenommen haben.³¹ Aber auch unsere Leiblichkeit steht in einem komplexen Verhältnis von Eigen- und Fremdleib,³² die Waldenfels anhand unterschiedlicher Phänomenen verdeutlicht: sei es, indem er darauf verweist, dass unser eigener Leib als etwas wahrgenommen wird, das uns bestimmt, und der darin zu etwas Fremdem wird, z.B. als müder³³ oder als kranker Leib³⁴, oder sei es, indem er die Rolle der geschlechtlichen Differenz leiblicher Identität in ihrer konstitutiven Funktion für die Identität des Eigenleibes thematisiert.³⁵

Das alles kann und soll hier nicht weiter ausgeführt werden. Entscheidend ist aber, dass für Waldenfels in dieser Einsicht zugleich eine Chance zu einer Verständigung im Zeichen der Fremdheit liegt, weil die „Fremdheit inmitten meiner selbst [...] Wege zur Fremdheit des Anderen“³⁶ eröffnet. Die Einsicht, dass das Fremde nicht einfach nur dem Anderen zuzuschreiben ist, sondern uns auch als Fremdes in uns selbst begegnet, macht deutlich, dass die Unterscheidung zwischen Eigen und Fremd nicht identisch ist mit der Unterscheidung zwischen Selbst und Anderem, sondern diese überkreuzt:³⁷ Eigenes und

29 Vgl. Waldenfels, *Topographie*, 44: „Bedrohlich ist sie [die Erfahrung des Fremden, M.C.], da das Fremde dem Eigenen Konkurrenz macht, es zu überwältigen droht; verlockend ist sie, da das Fremde Möglichkeiten wachruft, die durch die Ordnungen des eigenen Lebens mehr oder weniger ausgeschlossen sind.“

30 Waldenfels, *Grundmotive*, 118.

31 Vgl. Waldenfels, *Grundmotive*, 88 und ders., *Das leibliche Selbst. Vorlesungen zur Phänomenologie des Leibes*, Frankfurt a.M. 2000, 308.

32 Vgl. Waldenfels, *Das leibliche Selbst*, 265–364.

33 Vgl. Waldenfels, *Grundmotive*, 77.

34 Eindrücklich ist die literarische Inszenierung der Fremdheit des eigenen Leibes bei Jonathan Franzen, *Die Korrekturen*, übers. v. Bettina Abarbanell, Reinbeck bei Hamburg, ¹⁴2011, 97f.

35 Vgl. Waldenfels, *Das leibliche Selbst*, 329–364.

36 Waldenfels, *Grundmotive*, 84.

37 Vgl. Waldenfels, *Grundmotive*, 20.

Fremdes begegnen sich in uns selbst und im Anderen. Damit aber wird eine eindeutige Gegenüberstellung zwischen dem Anderen als Fremden (z.B. „dem ausländischen Patienten“) und dem, was aus dem eigenen Kontext vertraut ist, in produktiver Weise problematisch. Denn die Einsicht, dass Fremdes eben nicht nur beim Anderen, sondern auch bei uns selbst zu suchen ist, fordert zu einem Perspektivenwechsel heraus: Nicht nur ist der Andere mir fremd, sondern auch ich bin dem Anderen fremd.³⁸ Dieser Perspektivenwechsel aber erlaubt es dann auch, das Befremdliche und das Fremde in einem Selbst und in den eigenen kulturellen Prägungen zu entdecken.³⁹

Damit aber motiviert die Akzeptanz des Fremden in uns Selbst und im Anderen dazu, überzugehen zu dem, was Hannah Arendt in Anlehnung an Kants Theorie des ästhetischen Urteilens als erweiterte Denkungsart bezeichnet hat: In Ermangelung der Möglichkeit eines objektiven Standpunktes bleibt nur die Annäherung an diesen Standpunkt durch die bewusste Einnahme des Standpunktes anderer.⁴⁰ Das verlangt im ethischen Konfliktfall den Versuch, aus dem eigenen, vertrauten Blickwinkel herauszutreten und die eigenen moralischen Bewertungen vom Standpunkt des Anderen aus zu betrachten, um das Fremde im Eigenen zu entdecken.

Waldenfels sucht die Antwort auf die Frage, wie wir auf das Fremde als Fremdes eingehen können, ohne es zu vereinnahmen, im Anspruch, den das Fremde an uns stellt.⁴¹ Es ist ein Anspruch, der uns immer nur in unseren Antwortversuchen auf eben diesen Anspruch begegnet. Auch unsere Moral ist Antwort auf einen vormoralischen Anspruch des Fremden.⁴² So zeigt sich dieser Anspruch des Fremden indirekt in unseren ethischen Urteilen und ist Anstoß zur Ausbildung von Moral wie auch zur – immer wieder neuen – ethischen Reflexion.

Die Beiträge dieses Bandes sind in diesem Sinne als Antwortversuche auf den Anspruch der Begegnung mit dem kulturell Fremden zu verstehen. Sie lassen sich auf die Herausforderung eines Grenzgangs zwischen den Kulturen ein und setzen so das Eigene dem fremden Anspruch aus. Sie geben unter-

38 Vgl. Waldenfels, *Topographie*, 44: „In jedem Fall bringt die Erfahrung des Fremden die Grenzen zwischen Eigenem und Fremden in Bewegung, und dies um so mehr, je näher uns das Fremde rückt.“ Vgl. auch ders., *Grundmotive*, 118.

39 Das machen ethnologische Studien, die das Vertraute als etwas Fremdes betrachten, mitunter eindrücklich deutlich. Vgl. z.B. Verena Dreißig, *Interkulturelle Kommunikation im Krankenhaus. Eine Studie zur Interaktion zwischen Klinikpersonal und Patienten mit Migrationshintergrund*, Bielefeld 2005. Zur Würdigung der Ethnologie als Wissenschaft vom Fremden im hier genannten Sinne vgl. Waldenfels, *Topographie*, 97–107.

40 Vgl. Hannah Arendt, *Das Urteilen. Texte zu Kants Politischer Philosophie*, München 1998, 60f; dies., *Vom Leben des Geistes. Das Denken, Das Wollen*, München 2008, 99. Vgl. dazu Immanuel Kant, *Kritik der Urteilskraft*, Werkausgabe in 12 Bänden Bd. X, Frankfurt a.M. 1994, 159.

41 Vgl. Waldenfels, *Topographie*, 50–53; ders., *Grundmotive*, 56–67.

42 Vgl. Waldenfels, *Grundmotive*, 46f, 59f.

schiedliche, teils kontroverse, Antworten, die von der Komplexität der Ansprüche zeugen, die sich in der alltäglichen Praxis von Medizin und Pflege stellen.

5. Zu den Beiträgen des Bandes

Der erste Teil des Bandes nimmt die theoretische Diskussion im Spannungsfeld von Ethik und Ethnologie in den Blick, während die Beiträge des zweiten Teils den Bogen von der Theorie in die Praxis oder doch zumindest in die Theorie der Praxis schlagen.

Die theoretische Diskussion eröffnet *Walter Bruchhausen* indem er zunächst den Mangel an medizinethischen Reflexionen auf das Thema Interkulturalität kritisch diskutiert. Angesichts dessen schlägt er eine Systematik interkultureller Konflikte vor, die von pragmatischen Problemen der Verständigung, über Wertedifferenzen bis hin zur Missachtung anerkannter normativer Standards (insbesondere dem Verbot der Diskriminierung) und zu harten ethischen Wertekonflikten, die sich nicht ohne weiteres auflösen lassen, reicht. Derartige harte Wertekonflikte sieht Bruchhausen v.a. bezüglich unterschiedlichen kulturell bedingten Verhältnisbestimmungen von Individuum und Gemeinschaft sowie im Blick auf die Bewertung des biologischen Lebens im Verhältnis zum sozialen Leben eines Menschen. Bruchhausen schlägt vor, im konkreten Konfliktfall die verschiedenen Ebenen eines Konfliktes zu analysieren und nicht vorschnell von einem harten Wertkonflikt auszugehen.

Anders als in der Medizinethik gibt es in der Pflege bereits einen etablierten Diskurs über Interkulturalität, auf den sich der pflegeethische Beitrag von *Sylvia Agbih* stützen kann. Ausgehend davon, dass sie Kultur als das Sichtbarwerden des Geprägtseins versteht, geht sie den ethischen Implikationen von unterschiedlichen Modellen kultursensibler Pflege nach. Ihre ethischen Reflexionen gehen dabei von den um das Prinzip der Würde gruppierten Prinzipien der Autonomie, der Fürsorge, der Verantwortung, der Gerechtigkeit und des Dialogs aus. Diese Prinzipien haben für Agbih einen *transkulturellen* Charakter, sind aber als ethische Reflexionsbegriffe immer im Blick auf ihre Bedeutung für eine konkrete Situation neu zu erschließen.

Der Beitrag von *Michael Knipper* behandelt das Thema aus der Perspektive der Ethnologie, also der „Wissenschaft vom kulturell Fremden“. Ausgehend von den Arbeiten insbesondere der „Medical Anthropology“ dekonstruiert Knipper zunächst einen essentialistischen Kulturbegriff, der Kultur als einen objektiv beschreibbaren Gegenstandsbereich fasst und bestimmten vermeintlich klar umrissenen Gruppen eine bestimmte Kultur zuschreibt. Gerade weil der Begriff „Kultur“ aber häufig in dieser Art verwendet und verstanden wird, empfiehlt der Ethnologe eine strikte Zurückhaltung in der Verwendung des Begriffs „Kultur“. Wenn denn aber von Kultur geredet werden muss, dann im Horizont einer

ethnographischen Fragestellung, die auf die Genese, die Situationsbezogenheit und die soziale Einbettung kultureller Differenzen reflektiert. Ausgehend von einem Fallbeispiel aus der medizinischen Praxis wird diese Frage nach der Kultur vertieft, insbesondere im Blick auf die individuellen, kollektiven und ethnischen Dimensionen. Das Ergebnis ist ein Verständnis von Kultur, das diese in der Metapher des Sediments begreift, in der sich sowohl der stetige Wandlungsprozess kultureller Einflüsse also auch die Beharrlichkeit kultureller Prägungen fassen lässt.

Christiane Imhof und *Frank Kressing* zeigen in ihrem Artikel an konkreten Fallbeispielen die Problematik einer vorschnellen „Kulturalisierung“ ethischer Konflikte und bringen damit die theoretischen Reflexionen auf den Kulturbegriff von Michael Knipper in die Praxis. Sie machen deutlich, dass die Diskussion über Ethik und Interkulturalität auch die Gefahr birgt, dass ethische Konflikte in problematischer Weise ethnisch aufgeladen werden. Ein ethischer Konflikt wird dann zum Austragungsort von ethnischen und kulturellen Stereotypen, die häufig diskriminierend sind. Eine Patientin kann so ohne Berücksichtigung des kulturellen Hintergrunds schlicht als eine „schwierige Patientin“ erscheinen, während der Konflikt unter Einbeziehung der religiösen und kulturellen Hintergründe schnell zum kulturellen Konflikt stilisiert werden kann. Dabei zeigt der Blick in die Biographie der Patientin, dass es in beiden Fällen um problematische Stereotypisierungen geht, die das konkrete Problem verfehlen. Von daher kritisieren Imhof und Kressing die vielfach vorherrschenden pauschalen Zuschreibungen kultureller Identitäten, die häufig an den individuellen Biographien der Betroffenen vorbeigehen.

Abgeschlossen wird der theoretische Teil des Bandes durch organisationsethische Überlegungen von *Karl-Heinz Wehkamp*. Er gibt zu bedenken, dass nationale Gesundheitssysteme immer von unterschiedlichen kulturellen Traditionen geprägt sind, während das ärztliche wie auch das pflegerische Ethos ihrem Anspruch nach keine ethnischen Unterschiede kennen, sondern immer den des hilfebedürftigen Menschen unabhängig von seiner Kultur in den Mittelpunkt rücken. So wird deutlich, dass der Arzt oder die Pflegekraft in einem organisationsethischen Spannungsfeld handelt, geprägt von den ethischen Wertungen eines national geprägten Gesundheitssystems auf der einen Seite und den ethischen Bewertungen des ärztlichen bzw. pflegerischen Ethos auf der anderen Seite. Als zentrale organisationsethische Aufgabe formuliert Wehkamp daher, dass der Umgang mit kultureller Differenz in den Wertehorizont sowohl des Gesundheitssystems als auch der Medizin mit aufgenommen werden müsste.

Die auf die Praxis bezogenen Ausführungen des zweiten Teils werden durch den Beitrag von *Magdalena Stülb* eröffnet, die ihre Erfahrungen als Trainerin und Referentin des Instituts für Migration, Kultur und Gesundheit (AMIKO) mit Ergebnissen einer empirisch-qualitativen Studie verbindet. Sie zeigt, dass aller

Theoriebildung zum Trotz Zuschreibungen von Fremdheit in der Praxis von Pflegenden häufig den Alltagssprachlichen Mustern der Komplexitätsreduktion folgen. Komplexität wird reduziert, indem der fremde Patient exemplarisch als „der Türke“ oder „der Russe“ behandelt wird – um den Preis der Ausblendung der jeweils individuellen Biographie und Wertvorstellungen. Andererseits zeigt Stülb, dass diese Generalisierungen und Komplexitätsreduktionen v.a. in der Kommunikation der professionell Pflegenden untereinander ihren Ort haben und nicht unmittelbar das Verhältnis zu den Einzelpersonen negativ beeinflussen. Dennoch sieht sie die Gefahr, dass sich Stereotypen verfestigen (gerade in Ausbildungssituationen), die dann auch das Handeln beeinflussen können. Darum ist es notwendig, solche pauschalisierenden Zuschreibungen kritisch in Fort- und Weiterbildungen zu reflektieren.

Zunehmend wichtig wird in klinischen Kontexten die Praxis der Ethikberatung. *Ilhan Ilkilic* stellt in seinem Beitrag anhand konkreter Fallbeispiele unterschiedliche Ebenen interkultureller Konflikte dar, wie sie in der Ethikberatung zum Thema werden können. Als wesentlichen Kern interkultureller ethischer Konflikte macht Ilkilic die Möglichkeit unterschiedlicher Ausdeutungen des Konzepts der Patientenautonomie aus. Gegen die universalistische Deutung von Ruth Macklin verweist er auf die Arbeiten von Ruiping Fang, der das Autonomieprinzip in den Horizont eines ostasiatischen Prinzips der Familienbestimmung stellt. Ilkilic schlägt in seinem integrativ-reflektierenden partikularistischen Ansatz von Ethikberatung vor, nicht eine bestimmte Form des Autonomieprinzips prinzipiell anzuwenden, sondern zunächst in einem Prozess zu entscheiden, welche Ausformung des Autonomieprinzips in einem konkreten Fall für einen Patienten zutreffend ist.

Das Spektrum möglicher Modelle einer kultursensiblen Ethikberatung wird durch den Beitrag von *Tatjana Grützmann* erweitert, die insbesondere US-amerikanische Modelle kultursensibler Ethikberatung im Blick auf ihre Anwendbarkeit in unterschiedlichen Settings diskutiert. Die drei von ihr diskutierten Modelle bauen dabei alle auf dem „cultural humility“-Ansatz auf, der in unterschiedlicher Weise modifiziert und weiterentwickelt wird. Alle Ansätze gehen dabei von einem konstruktivistischen Kulturverständnis aus, konzentrieren sich also nicht auf den Wissenserwerb über Kulturen, sondern auf den Erwerb von Schlüsselkompetenzen für den interkulturellen Diskurs. Grützmann diskutiert Vor- und Nachteile der unterschiedlichen Modelle insbesondere im Blick auf die praktischen Kontexte, in denen sie zur Anwendung kommen können.

Interkulturelle Konfliktsituationen sind häufig auch Probleme der sprachlichen Verständigung. Dass aber der Versuch, zwischen dem Verständigungsproblem auf der einen Seite und dem ethischen Konflikt auf der anderen Seite sauber zu unterscheiden, zu einfach ist, macht der Beitrag von *Tim Peters* deutlich. Aus der Perspektive von Kommunikationswissenschaft und Linguistik

diskutiert er das Verhältnis von Sprache und Ethik und macht dabei deutlich, dass Sprache bzw. Kommunikation und ethische Wertüberzeugungen nicht als sauber zu trennende Bereiche zu behandeln sind, so dass für die Sprache der Dolmetscher und für den ethischen Konflikt der Ethikberater zuständig wäre. Stattdessen plädiert Peters dafür, dass in ethischen Konflikten mit interkulturellem Hintergrund ein Sprach- und Kulturmittler eingesetzt wird, der in seiner Tätigkeit des Dolmetschens auch die unterschiedlichen kulturellen Werthorizonte einbezieht.

Der den Band abschließende Beitrag von *Peter Saladin* stellt das praktische Pendant zu den organisationsethischen Ausführungen von Karl-Heinz Wehkamp dar. Saladin zeigt vor dem Hintergrund seiner Erfahrungen des Aufbaus der *Migrant Friendly Hospitals* in der Schweiz, dass und in welcher Form der Umgang mit interkulturellen Konflikten und die Schulung von inter- bzw. transkultureller Kompetenz eine Führungsaufgabe ist. Es reicht nicht, dass einzelne Mitarbeiter eines Krankenhauses sich auf Prozesse des interkulturellen Verstehens einlassen, sondern das Krankenhaus als Organisation muss zu einem „verstehenden Krankenhaus“ werden. Saladin betont, dass es hier darum geht, ein grundlegendes Recht umzusetzen, nämlich den diskriminierungsfreien Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle. Insofern ist die Implementierung von Strukturen zum Umgang mit kultureller Diversität auch eine moralisch geforderte Aufgabe. Saladin zeichnet die komplexe Fülle notwendiger Maßnahmen der Krankenhausleitung nach, die auf dem Weg der Implementierung anfallen. Deutlich wird somit zum Schluss des Bandes, dass der Umgang mit interkulturellen ethischen Konflikten nicht allein eine Aufgabe für den Einzelnen, für Arzt oder Pflegekraft ist, sondern dass er auch eine Herausforderung für die Organisation Krankenhaus ist, der sich die Leitung dieser Einrichtung stellen muss.